

Traumerelaterte lidelser

Stress: alle føler en viss grad av stress, som fører til et krav eller en mulighet for endring.

Stress har to komponenter, en stressfaktor- hendelsen som skaper kravet(?) og en stressrespons, en reaksjon til kravet. Dette kan f.eks. være hverdagslige hendelser som mye trafikk, eller viktige hendelser som bryllup, langtidsproblemer som fattigdom, traumatiske hendelser som krig og naturkatastrofer. Vår respons til slike stressfaktoren påvirkes av måten vi ser på hendelsen og vår evne til å håndtere og reagere til den på en effektiv måte. De som har mulighet og ressurser til å håndtere stressfaktoren har i større grad en evne til å respondere på en effektiv måte.

Når vi opplever en stressfaktor som truende, vil vår naturlige reaksjon være frykt. Frykt er en rekke responser som er fysiske, emosjonelle og kognitive. Fysiske responser kan være rask pust, spenninger i musklene, raskere hjerterytme. Emosjonelle responser kan være skrekk og panikk. Kognitivt kan vi få problemer med å konsentrere oss og huske, og vi kan få et forvrengt syn på virkeligheten. Dette kan føre til at vi husker ting feil og overdriver hva som faktisk skjedde. Stress spiller ofte en rolle i andre psykiske lidelser, som angst, depresjon, schizofreni og seksuell dysfunksjon.

Ekstraordinært stress og traumer er vesentlig i noen tilfeller av psykiske lidelser. I disse tilfellene blir reaksjonene mer alvorlige og varer lengre, og disse kan gjøre det vanskelig for individet å leve et normalt liv. Ulike typer lidelser innenfor traumerelaterte lidelser, og som nevnes i ICD-11 er akutt stressreaksjon (akutt belastningslidelse), posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og kompleks PTSD (denne finnes ikke i det amerikanske systemet, CPTSD), forlenget sorglidelse, tilpasningsforstyrrelser. Slike lidelser kommer av at traumer og ekstraordinært stress trigger en rekke stresssymptomer, inkludert økt opphisselse, angst og humørproblemer, i tillegg til minne- og orienteringsproblemer og atferdsforstyrrelser.

Når hjernen vår oppfatter en situasjon som farlig, aktiverer hypothalamus det sympatiske nervesystemet, som øker aktiviteten i bla. Hjertet og tilføringen av adrenalin til organer som gjør

kroppen klar for aktivitet i møte med fare- enten «fight or flight». Når den oppfattede farlige situasjonen passerer aktiveres det parasympatiske nervesystemet, som igjen gjør prosessene i kroppen normale. Hvilke situasjoner mennesker oppfatter som farlige varierer, f.eks. ved at noen ser på det å fly som farlig mens andre ikke gjør det.

Sentrale kjennetegn

Akutt stressreaksjon

Dersom symptomene begynner innen 4 uker etter den traumatiske hendelsen og varer i mindre enn en måned kaller DSM-5 det for en akutt stressreaksjon. Dersom de varer lengre enn dette får pasienten diagnosen PTSD. Ca. Halvparten av de som har akutt stressreaksjon utvikler PTSD. Hvis man ser bort fra begynnelsen og varigheten på symptomene er det ikke så mye forskjell på PTSD og akutt stressreaksjon.

PTSD

Noe av det som gjør at PTSD skiller seg ut fra andre lidelser er flashbacks, eller påtrengende minner. Flashbacks kan oppleves som så levende at man tror de skjer igjen. Flashbacks kan komme gjennom minner, tanker, drømmer og mareritt. Ved PTSD endres ofte livskvaliteten ved at individet får konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, overdreven oppmerksomhet/årvåkenhet. Mange får også skyldfølelse i ettertid av den traumatiske hendelsen, noen fordi de selv overlevde mens andre ikke gjorde det, eller på grunn av ting de gjorde for å overleve. Mange begynner også å unngå aktiviteter som kan minne dem om den traumatiske opplevelsen. Videre kan individet også få redusert respons til ytre stimuli, og miste interesse for ting en tidligere var interessert i. Andre symptomer kan være dissosiasjon (dette kommer jeg tilbake til ved dissosiative lidelser)

Fenomenologi (står mye av det samme under symptomer)

Med stress og traumerelaterte lidelser følger ofte flashbacks gjennom minner, tanker og drømmer/ mareritt. Individet kan få konsentrasjonsvansker, søvnproblemer og andre problemer

som kan virke inn på livskvaliteten. Med slike lidelser følger ofte også skyldfølelse, litt avhengig av traumet som førte til lidelsen.

Forekomst

I tall tatt fra *Abnormal Psychology* (Comer&Comer, 2018) står det at 3,5-6% av Nord- Amerikas befolkning lider av PTSD, ett hvert gitt år. 7-12% lider av stress og/eller traumerelaterte lidelser ilt livet, og ca. Halvparten av disse søker hjelp. Omtrent 20% av de som har PTSD forsøker å begå selvmord. Sammen med stresslidelser følger ofte andre lidelser som angst, depresjon og substansmisbruk. Det følger også økt sannsynlighet for å utvikle fysiske problemer som astma, hjertesykdommer og leverproblemer.

Mennesker med lavere inntekt har høyere sannsynlighet for å utvikle stresslidelser, og kvinner har høyere sannsynlighet enn menn. Andre etnisiteter enn hvite i USA har større sannsynlighet for å utvikle stressrelaterte lidelser. Det er usikkert hva dette kommer av, men kan komme av finansiell status og at man ikke har mulighet til å søke hjelp etter traumer, som fører til høyere sannsynlighet for å utvikle PTSD. Det kan også komme av at det i noen etniske grupper finnes et syn om at traumatiske hendelser er uunngåelige og uforanderlige, og dette kan føre til at færre søker hjelp.

Forståelsesmodeller og teorier om etiologi (årsaker)

Årsaker til stress- og traumerelaterte lidelser kan være ulike traumatiske hendelser. Et eksempel på dette er krig. Ved 1VK refererte man til symptomer som i dag tilskrives PTSD som «shell shock» og ved 2VK ble det kalt «combat fatigue». Etter Vietnamkrigen fant man at disse symptomene og alvorlige psykiske plagene ofte kom etter kamp. 29% av alle veteranene etter denne krigen fikk en akutt eller posstraumatisk stresslidelse, og 22% har hatt noen former for stresssymptomer. I dag sliter fortsatt 10% med PTSD symptomer. Etter nyere kriger har 20% av deltagende soldater rapportert symptomer på PTSD så langt.

Videre er alvorlige katastrofer og ulykker traumer som kan føre til stresslidelser. Dette kan være ulykker som brann, bilulykke el flystyrt, eller naturkatastrofer som tornado, oversvømmelse,

jordskjelv eller tsunami. 12-40% av de som er involvert i trafikkulykker utvikler PTSD det første året etter ulykken.

Ofre etter misbruk eller voldtekt kan få varige stresssymptomer. 30% av ofre av fysisk eller seksuelt overgrep utvikler PTSD. Voldtektsofre opplever stresssymptomer uken etter overgrepet, de neste 3 ukene øker stresset og forholder seg høyt i ca. En måned før det blir bedre. 94% av alle voldtektsofre kvalifiserer seg til en diagnose av akutt stresslidelse ca. 12 dager etter overgrepet. For noen forbedres de psykiske problemene etter 3- 4 måneder, men for mange kan de alvorlige problemene vare i 18 måneder eller lengre. Ofrene pleier ofte å ha høye nivåer av angst, mistenksomhet, depresjon, problemer med selvilde, selvskyld, flashbacks, søvnproblemer. I overgrep av barn eller familiemedlemmer har overgrepene ofte vart over lengre tid som kan føre til andre lidelser og symptomer i tillegg.

Videre er også terrorisme og tortur traumatiserende hendelser som kan føre til PTSD. Etter 9/11 utviklet mange umiddelbare psykiske problemer, som for mange også varte over lengre tid. Dette varierte fra korte stressreaksjoner, til langvarige psykiske lidelser som PTSD. En terrorhandling fører til økt frykt for terror og folk føler seg mindre trygge. Tortur er nedverdiggende og forvirrende strategier for å få ofrene til å føle seg helt hjelpeløse, og benyttes ofte for å få informasjon. 30-50% av torturofre utvikler PTSD

Ekstraordinære traumer kan skape stresslidelser. Det betyr ikke at alle som opplever slike hendelser utvikler slike lidelser, og det er noen faktorer som påvirker utviklingen av lidelsene; biologi, barndomsopplevelser, alvorligheten av traumet, sosialt støttesystem og personlighetstyper.

De biologiske faktorene som kan koples til PTSD er hjerne- kropp stressveier, hjernens stresskretser og arvelig predisposisjon. Førstnevnte handler om det sympatiske nervesystemet og HPA- reaksjonsveien, hvor hormoner slippes ut i blodet. Når disse systemene aktiveres skaper det en følelse av opphisselse, og man oppfatter en situasjon som stressende.

Mennesker med PTSD får en økt grad av opphisselse når disse systemene aktiveres. Det er også funnet unormal aktivitet av hormonet cortisol og av hormonet/nevrotransmitteren norepinephrine i urin, blod og spytt hos bla. Soldater og voldtektsofre. Disse to stoffene spiller en viktig rolle i nervesystemet og i hormonsystemet HPA. Selv før traumene reagerer ofte mennesker som utvikler PTSD sterkere på moderate stressfaktorer, som gjør at de er predisponerte for å utvikle PTSD. Etter traumene blir også disse systemene mer aktive og denne overreaktiviteten kan få hjerne og kroppsdysfunksjon til å fortsette og opprettholde symptomene til PTSD.

Emosjoner, atferd og kognitive reaksjoner av ulike typer er knyttet til hjernekreter, som er hjernestrukturer som kommuniserer og trigger hverandre til handling. Dysfunksjon i stresskretsen kan bidra til typiske symptomer på PTSD. Forskere har funnet at dysfunksjonen i og mellom tre strukturer i stresskretsen spiller en viktig rolle i PTSD. Disse områdene er amygdala, prefrontal korteks og hippocampus. Amygdala aktiveres når en person utsettes for en stressfaktor, og kommuniserer dette til den prefrontale korteksen som sender et signal tilbake for å roe ned reaksjonen slik at personen kan roe seg ned igjen. I mennesker med PTSD har man funnet at denne bindingen mellom amygdala og prefrontal cortex har en feil, hvor den førstnevnte har for høy aktivitet og den andre har for lav aktivitet, og effekten av dette blir at personen stadig opplever opphisselse f.eks. økt puls. Hippocampus er viktig for å forme minner og regulerer kroppens stresshormoner. Den kommuniserer også med amygdala for å danne de emosjonelle komponentene i minner. Forskning foreslår at en dysfunksjon i hippocampus og dens forbindelse til amygdala kan resultere i ukontrollerte emosjonelle minner og vedvarende opphissende symptomer, som er typisk for PTSD, så vel som dissosiasjonen funnet i mange tilfeller.

Noen individer kan også være mer predisponert enn andre for å utvikle PTSD. Tendensen til overaktive hjerne- kropp stressveier og en dysfunksjonell hjernestresskrets kan være arvelig, og forskere har også funnet gener som predisponerer en for å få PTSD, gjennom tvillingstudier gjennomført på tvillingpar som har tjent i militæret. Videre har forskning gjort på kvinner som var

gravide under 9/11 vist at høye cortisolnivåer under graviditeten kan videreføres til barna som dermed får høyere sannsynlighet for å utvikle PTSD.

En del forskere er enige i at visse individer med overaktive stressveier og en dysfunksjonell hjernestresskrets kan ha en predisposisjon for å utvikle PTSD, men de tror at denne predisposisjonen kan ha kommet fra barndommen og ikke fra en biologisk predisposisjon. Man har funnet at barn som blir kronisk forsømt, eller misbrukt eller på andre måter traumatisert, utvikler overaktive stressveier og hjernestress-krets, og denne videreføres til senere i livet. Altså er deres uheldige opplevelser i barndommen med på å reprogrammere hjernens og kroppens stressresponser. Slike opplevelser i barndommen øker da en persons risiko for å senere utvikle PTSD ved senere trauma.

Noen personlighetstyper, holdninger og mestringsmekanismer gjør en mer utsatt for å utvikle PTSD. Eks. viste det seg at barn som hadde vært mer engstelige før Hurricane Hugo (1984) i større grad utviklet alvorlige stressreaksjoner etter stormen. Videre utvikler mennesker som ser på negative hendelser som ute av deres kontroll, flere alvorlige stresssymptomer etter f.eks. voldtekt enn de som føler at de har kontroll over eget liv. Det samme gjelder mennesker som ikke klarer å se noe positivt i en vanskelig situasjon. Mennesker med en tilbøyelig personlighet har en større evne til å tilpasse seg og håndtere stress og motgang effektivt. Hos slike mennesker har man funnet at hjerne- kroppstressveier og stresskretsen i hjernen fungerer bedre enn hos andre. Mennesker som har vært jevnlig utsatt for små mengder stress har også i høyere grad evne til å håndtere stress og motgang.

En persons støttesystem er også viktig for utviklingen av PTSD. De med lite støtte fra familie eller andre relasjoner samt det offentlige systemet, utvikler oftere PTSD etter traumatiske opplevelser.

Alvorlighetsgraden og naturen av et trauma påvirker også sannsynligheten for å utvikle stresslidelser. Jo mer langvarig og alvorlig et traume er, desto høyere er sannsynligheten for å

utvikle stresslidelser, og å bli utsatt for gjentatt eller flere hendelser av traumer kan føre til kompleks PTSD. Dette gir omtrent de samme symptomene som vanlig PTSD, men i tillegg får mange også store forstyrrelser i deres emosjonelle kontroll, selvkonsept og relasjoner. De som utsettes for trauma som påføres med vilje utvikler også i høyere grad stresslidelser enn de som utsettes for trauma utilsiktet. Lemlestelse, alvorlig fysisk skade, voldtekt eller det å se en person dø øker risikoen for å utvikle stresslidelser.

De fleste teoretikere på feltet i dag er enige i at det er viktig å se på flere faktorer som årsaker for PTSD. Utviklingspsykopatologi- perspektivet har fått mye støtte ifht. PTSD. Dette synet fokuserer på forholdet mellom konteksten til viktige variabler, og at de skjer på viktige tidspunkt i et individs liv. I forbindelse med PTSD ser man på biologisk predisponering, enten arvelig eller ervervet for overaktive systemer i kroppens stresssystemer og hjernens kretser. Dette setter scenen for, men garanterer ikke, utviklingen av PTSD. Hvis disse individene utsettes for stressfaktorer gjennom barndommen vil deres stressveier bli mer overreaktive og kan bli dysfunksjonelle. Hvis individet heller ikke utvikler mestringsstrategier og utvikler problematiske personlighetstyper eller får dårlig støtte fra familie eller offentligheten, vil individet være enda mer utsatt for å utvikle PTSD hvis de utsettes for et ekstraordinært traume eller flere traumer. Utviklingspsykopatologer legger også vekt på viktigheten av timingen til en stressfaktor eller et traume: hvis et barn utsettes for ekstremt stress vil dette gi en langvarig påvirkning av hjerne- og kroppslige funksjoner som skal håndtere stress, i mye større grad enn hvis en voksen opplever liknende stress. Dette er fordi en voksens stressveier er mer utviklet.

Utviklingspsykopatologi bruker også de to begrepene «multifinality» og «equifinality». Den førstnevnte betyr at personer med likt utgangspunkt (eks. samme biologiske predisposisjon for å utvikle PTSD) kan ende opp svært forskjellig, alt avhenger av tilstedeværelsen, timingen og forholdet mellom ulike faktorer. «Equifinality» betyr det motsatte: at mennesker med ulik utvikling kan ende opp på samme sted (eks. at en med overaktive stressveier og en som håndterer stress på en effektiv måte, begge kan ende opp med PTSD)

Ehlers og Clarks (2000) modell for å forstå traumer (Kognitiv teori)

Mennesker prosesserer traumer på en måte som induserer en følelse av konstant fare. Det er to kilder til opplevelsen av fare i nåtid: negativ vurdering av traumet og/ eller dets konsekvenser, og karakteristika ved traumeminnet som gjør at holdepunkter ved traumet lett kan gjenhentes, altså at det fører til påtrengende minner. Hvordan man fortolker traumatiske hendelser påvirker utviklingen av PTSD og lignende lidelser. Negativ fortolkning av traumatiske hendelser og tidlige PTSD symptomer er korrelert med både alvorlighetsgrad og varighet av PTSD hos personer som har opplevd ulike former for traumer. Negativ fortolkning eller feiltolkninger av hendelsen og dens konsekvenser bør derfor unngås, og en forhindring av slike tanker er en bra måte å forebygge PTSD. Etter en traumatisk hendelse utvikler mange sikkerhetsritualer. Det er viktig å jobbe for å ikke utføre sikkerhetsritualene. Slike ritualer kan virke som at de demper frykten, men dette er bare midlertidig, og egentlig så opprettholdes bare frykten.

Strategier som kan forverre situasjonen er i følge Ehlers og Clarke: tankeundertrykkelse (holde unna tanker, men dette fører bare til en økning i frekvens av tankene), utøver atferd for å kontrollere symptomer (eks. Legge seg sent for å ikke få mareritt), selektiv oppmerksomhet for trusselholdepunkter (øke frekvensen av påtrengende minner og følelser assosiert med traumet), sikkerhetsatferd (hindrer personen fra å finne ut at situasjonen ikke er farlig lengre), å stadig være i aktivitet (hindrer bearbeidelse av hendelsen, skjer spesielt hos barn; de blir ofte veldig aktive og kan føre til differensialdiagnostiseringsproblem: ADHD) og unngåelse av hendelsesstedet (hindrer en vurdering av hvordan hendelsen eventuelt kunne vært unngått)

Brewin: Dual representation theory (kognitiv teori)

Denne teorien går ut på at minner fra et traume kan være av to typer, lagret i ulike representasjonsformat: verbalt tilgjengelige minner (VAM) og situasjonstilgjengelige minner (SAM). Å overføre sansebaserte minner til en verbal form gjør det lettere å integrere i folks selvbiografi.

Brewin: Konkurrerende representasjoner

Formålet med terapien er å endre den relative tilgjengeligheten på minnerepresentasjoner som har positiv og negativ informasjon. Dette kan gjøres ved å styrke konkurrerende representasjoner hvor holdepunkter (cues) som før førte til gjenkalling av negative minner, men nå kombineres de med positive elementer.

Ulike modeller for PTSD har ulike terapeutiske aspekter:

Ehlers og Clarkes modell sier at det traumatiske minnet trenger å bli elaborert for å integreres i personens tidligere og nåværende opplevelse slik at de påtrengende minnene kan dempes. De problematiske fortolkningene av traumet og dets konsekvenser opprettholder den nåværende følelsen av trussel, og disse fortolkningene må endres. Videre må den dysfunksjonelle atferden og de kognitive strategiene som hindrer minneselaborering, øker symptomer eller hindrer en revurdering av problematiske antagelser, må droppes. Dette er en atferdsterapeutisk modell; den ønsker å hindre atferd som forverrer situasjonen.

Brewins modell ønsker å sikre at de positive implikasjonene får større plass enn de negative, og dette må terapeuten hjelpe til med. Terapeuten skal prøve å enten midlertidig eller varig forstyrre prosessen av negative representasjoner, og dette kan være nok til å skape en reduksjon i symptomer.

Hva som ansees som virksom behandling på bakgrunn av forskning, og de muligheter og begrensninger som ligger i behandlingene

Hvilken behandling som benyttes avhenger av traumet, men alle behandlingene ønsker å ende stressreaksjonene, og få pasienten til å få et perspektiv på de vonde opplevelsene og å gjenoppta en normal levemåte. Det som gjøres i terapien skreddersys til den enkelte klienten og de problemene han/hun har. Timelengden er fleksibel og avstand mellom timene og antallet samt. innholdet er fleksibelt. Terapeuten skal bygge på relasjonen til pasienten fra start for å forhindre frafall. Dersom det er mulig skal optimisme formidles og relasjonen styrkes gjennom en intervensjon fra første time. Hvilken metode som benyttes kommer an på terapeutens

tidligere erfaringen samt klientens emosjonstoleranse og sosiale situasjon (altså hva slags støtteapparat pasienten har mellom timene).

Lengden på kontakt mellom pasienten og terapeuten varierer, men som regel gir enkelttraumer kortere kontaktvarighet. Enkelttraumer knyttet til tap av nærstående kontakt krever ofte langvarig kontakt og det samme gjelder komplekse traumer.

I behandling kan antidepressiva benyttes. (dette nevnte ikke Dyregrov, men står i Abnormal, vet ikke om det er vanlig i Norge, kanskje mer i USA??) Medisinene hjelper mest mot de symptomene som skaper opphisselse og negative emosjoner, og er ikke like virksomt for flashbacks, dissosiasjoner og unngåelsesatferd.

Ved kognitiv atferdsterapi forsøker terapeuten å få pasienten til å utforske og endre de dysfunksjonelle holdningene og måten de tolker ting på som følge av de traumatiske opplevelsene. Pasienten lærer å håndtere vanskelige minner og følelser, og aksepterer det de har gjort og opplevd. De blir også mindre dømmende mot seg selv, og stoler i større grad på andre. I kognitiv atferdsterapi brukes også mindfulness som er teknikker for å få klienten til å akseptere tankene, følelsene og minnene. For å endre atferd brukes eksponeringsteknikker, hvor man konfronteres med traumerelaterte objekter, hendelser og situasjoner som fortsetter å skape angst og urolighet for klienten. Eksponeringsterapi er også en egen terapiform som foregår på samme måte. Man utsettes her i tillegg også for traumatiske minner om opplevelsene som man tidligere har unngått. Pasienten tenker på og beskriver minnene flere ganger på detaljnivå, og holder på til de blir mindre opphisset og engstelig. Målet er at minnene ikke skal fremkalle like mye frykt og at symptomene på PTSD skal bli mindre fremtredende eller bli borte.

Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) er en terapiform hvor man beveger øynene på en rytmisk måte fra side til side mens man fokuserer på bilder av ting og situasjoner man vanligvis prøver å unngå.

Videre er par- og familierapi, gruppeterapi og psykologisk debriefing terapiformer som beskrives i Abnormal Psychology (**disse ble ikke nevnt av Dyregrov, så vet ikke hvor relevante de er**). Den førstnevnte inkluderer familiemedlemmer inn i terapitimene for at de skal forstå mer. Symptomene på PTSD påvirker også familiemedlemmer. I terapitimene kan pasienten forstå påvirkningen de har på de andre, lære å kommunisere bedre og få en følelse av nærhet igjen. I gruppeterapi møter pasientene andre som har det på samme måte og kan få innsikt samt få gjensidig støtte. Psykologisk debriefing går ut på å være tidlig ute etter et traume. Det er en form for kriseintervensjon hvor ofre av traumer snakker mye om følelsene og reaksjonene deres innen dager etter den traumatiske hendelsen. Terapeuten forklarer for ofrene at tankene og reaksjonene deres er helt normale responser til en traumatisk hendelse, og tilbyr stressmestringstips og i noen tilfeller anbefales ofrene til videre langtidsbehandling.

Andre terapiformer som Dyregrov nevnte i tillegg er:

Prolonged exposure counter- conditioning

Numerical distraction Therapy (NDT)

Mindfulness trening & metakognitiv terapi

Structured writing therapy (SWT)

Narrative eksponeringsterapi (NET)

Traumatic Incident Reduction (TIR)

Tankefeltterapi (TFT)

Imagery Rescripting

Massasje

Terapeutiske ritualer.

Dissosiativ lidelse

Personer med akutt PTSD og kan, sammen med de andre symptomene, også ha dissosiative symptomer. Disse symptomene kan være å føle seg omtåket/ør, ha problemer med hukommelse, å ha en følelse av depersonalisering og/ eller sviktende orientering. Disse symptomene finnes også i dissosiativ lidelse, som også trigges av traumatiske hendelser. Hukommelsesproblemer og dissosiative symptomer er spesielt intense og forstyrrende i denne lidelsen, og de dissosiative reaksjonene er hoved- eller de eneste symptomene. I dissosiative lidelser blir en del av minnene til personen separert fra resten av minnene eller identiteten. Det

er flere typer dissosiative lidelser; dissosiativt hukommelsestap (vansker med å huske viktige, og ofte stressende personlige hendelser eller informasjon), dissosiativ personlighetsforstyrrelse (kalles også multiple personlighetslidelse; å ha to eller flere separate identiteter som ikke vet om hverandres følelser, tanker, minner og atferd, kalles ofte subpersonligheter eller alternative personligheter), depersonaliserings- deorienterings lidelse (føler at man har blitt frakoblet ens egne mentale prosesser eller kroppen, eller en følelse av å se seg selv utenfra. Denne skiller seg ut fra de andre, ved at den ikke kategoriseres av hukommelsesproblemer)

Flere teorier prøver å forklare dissosiativt hukommelsestap og dissosiativ personlighetsforstyrrelse. Den psykodynamiske modellen mener at dissosiative lidelser er forårsaket av undertrykkelse av vanskelige minner, tanker eller impulser. Kognitiv atferdsterapeutisk syn ser på tilstandsavhengig læring som viktig i forhold til utvikling av dissosiativ lidelse. Dette går ut på at når man lærer noe i en spesiell situasjon husker man det bedre når man igjen er i samme situasjon. Dette kan komme av at opphisselsesnivåer er viktig mtp. Læring og hukommelse. Det vil si at når en person har et visst nivå av opphisselse så vil man huske minnene knyttet til dette nivået. Teoretikere foreslår at de som er utsatt for å utvikle dissosiativ lidelse har ubøyelige og smale tilstand- til- minne linker, som vil si at minner og tanker er knyttet til veldig spesifikke nivåer av opphisselse, slik at for å huske en hendelse/tanke så må opphisselsesnivået være identisk til det nivået var da hendelsen skjedde. Teoretikere har også funnet store likheter mellom hypnotisk hukommelsestap og dissosiative lidelser, og foreslår derfor at slike lidelser er en form for selv- hypnose for å få en selv til å glemme ubehagelige hendelser. Dette kan skje både bevisst eller ubevisst.

Dissosiativt hukommelsestap er mindre komplekst enn dissosiativ personlighetsforstyrrelse og er derfor også enklere å behandle. Den første går også over av seg selv i mange tilfeller. Den sistnevnte er mer kompleks og trenger i de aller fleste tilfeller behandling. I tilfeller av dissosiativt hukommelsestap brukes psykodynamisk terapi (for å fremkalle glemte hendelser), hypnotisk terapi (for å guide pasienter til glemte hendelser) eller medisinerer. Ved dissosiativ personlighetsforstyrrelse kreves ofte kompleks behandling. Terapeuten prøver å lære pasienten

om lidelsen og å få dem til å gjenkjenne og forstå lidelsen. Videre prøver terapeuten å få pasienten til å gjenopprette hullene i hukommelsen, og å få de ulike subpersonlighetene til å smelte sammen til en felles fungerende personlighet. For å få til dette bruker de psykodynamisk terapi og kognitiv terapi.